

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919

THÈSE

N°

74

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

STANISLAS KAHAN

Né à VARSOVIE (Pologne) le 24 Janvier 1893

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

Un cas de Paralyse Générale Juvenile

Président : M. JEANSÈLME, professeur

PARIS

IMPRIMERIE M. FLINIKOWSKI,

216, BOULEVARD RASPAIL

MCMXIX

UNIVERSITY OF CHICAGO



PHOTOGRAPHY OF THE

UNIVERSITY OF CHICAGO

UNIVERSITY OF CHICAGO

UNIVERSITY OF CHICAGO

UNIVERSITY OF CHICAGO

UNIVERSITY OF CHICAGO

UNIVERSITY OF CHICAGO



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

STANISLAS KAHAN

Né à VARSOVIE (Pologne) le 24 Janvier 1893



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

Un cas de Paralyse Générale Juvénile

Président : M. JEANSELME, professeur

PARIS
IMPRIMERIE M. FLINIKOWSKI,
216, BOULEVARD RASPAIL

MCMXIX

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS.	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Médecine opératoire.	N.
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	WEISS
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générale.	N.
Bactériologie.	BEZANCON
Pathologie interne.	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale.	GOSSET
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Médo-Chirurgicale.	CUNEO
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET
Thérapeutique.	CARNOT
Hygiène.	BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	WIDAL
Clinique médicale.	GILBERT
	CHAUFFARD
	ACHARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.	DUPRÉ
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	JEANSELME
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	LEJARS
Clinique ophtalmologique.	HARTMANN
Clinique des maladies des voies urinaires.	DE LAPERSONNE
	LEGUEU
	BAR
Clinique d'accouchement.	COUVELAIRE
	RIBEMONT DES
	SAIGNES
Clinique gynécologique.	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance.	MARFAN
Clinique des maladies contagieuses.	TEISSIER

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	JEANNIN	LÈPER	ROUSSY
BRANCA	JOUSSET ANDRÉ	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LABRE (HENRI)	MULON	SCHWARTZ (A)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMARET	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOURGEROT	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GUENIOT	LEREBoullet	RIBIERRE	
GUILLAIN	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR JEANSELME

Professeur de clinique
des maladies cutanées et syphilitiques
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

Contribution à l'étude de la syphilis héréditaire

(Un cas de paralysie générale juvénile)

Il existe à l'heure actuelle plus de 300 observations de paralysie générale juvénile. Depuis que l'attention des médecins a été attirée (Clouston en 1877 et Régis en 1883) sur l'existence de la P. G. dans le jeune âge, les observations se sont rapidement multipliées, en même temps que les constatations de l'origine hérédo-syphilitique de cette affection.

Il n'est plus permis de douter à l'heure actuelle que la P. G. juvénile est intimement liée à la diathèse syphilitique, au même titre que la P. G. des adultes. De plus, de nombreuses affections du système nerveux du jeune âge, parmi lesquelles il faut citer avant tout l'hydrocéphalie, le tabes, l'hémiplégie, l'atrophie optique, la paraplégie spasmodique, les convulsions, l'épilepsie, la surdité, la mutité, la sclérose en plaques et toute la gamme des manifestations de l'arriération mentale, allant d'une simple insuffisance jusqu'à l'idiotie — reconnaissent les unes souvent, d'autres, presque toujours la syphilis héréditaire, comme cause principale. Sans avoir la prétention de retrouver toujours l'hérédo-syphilis à l'origine de ces affectations, il est pourtant absolument indispensable de ne jamais perdre de vue la possibilité de l'intervention de la diathèse syphilitique. et de rechercher constamment ses stigmates, afin de tirer sans tarder dans les cas positifs le maximum d'effet thérapeutique du traitement spécifique. Nombreux sont les médecins, qui même en l'absence de tout stigmate physique, de toute constatation cytologique ou sérologique, appliquent le traitement spécifique d'essai; ils retirent grand bénéfice de cette méthode, qui paraît un peu aveugle de prime abord; dans certains cas les résultats thérapeutiques étaient parfaits.

Depuis que la réaction de Bordet-Wassermann est pratiquée sur une vaste échelle, il faut bien se rendre à l'évidence que le domaine de la pathologie hérédo-syphilitique s'est considérablement étendu, en même temps que le nombre des cas curables a augmenté.

Le groupe polymorphe de perturbations causées par la syphilis

héréditaire est extrêmement riche; malheureusement, la vulgarisation de cette notion, acquise pourtant à la science depuis longtemps, paraît très insuffisante, vu le peu de cas que font les médecins de la recherche de stigmates physiques et de caractères sérologiques de la diathèse syphilitique. On pourrait énumérer sur plusieurs pages les affections de l'enfance, dont nombre de praticiens ne soupçonne l'origine syphilitique fréquente.

L'étude récente du professeur Hutinel sur les méningites aiguës des enfants, guéries par le traitement spécifique, fait espérer que l'étiologie de certaines affections infantiles du système nerveux deviendra plus claire à la lumière de nouvelles données concernant l'hérédo-syphilis, et appellera l'attention des praticiens sur ce chapitre de pathologie infantile de première importance.

C'est un lien commun, que d'insister sur les nombreux méfaits causés par le tréponème dans les familles de syphilitiques mal traités; mais à ce point de vue l'étude des antécédents des paralytiques généraux juvéniles est particulièrement instructive; rien ne contribue peut-être aussi puissamment à l'extinction rapide d'une famille, qu'une syphilis non traitée ou mal traitée. Les antécédents héréditaires de P. G. juvéniles (nombreux cas de P. G., de tabes, d'hémiplégie, de cécité, de syphilis cérébrale et médullaires, pour ne citer que les lésions nerveuses), leurs antécédents collatéraux (imbécillité, méningite, épilepsie, mortalité infantile considérable, polymortinatalité, arrêt de développement), enfin leurs antécédents personnels (convulsions, épilepsie, atrophie musculaire, incontinence d'urine, lésions cardio-vasculaires, troubles oculaires, troubles nutritifs, cephalée, insomnie, amenorrhée, glycosurie, défaut d'ossification, fractures spontanées etc., etc.), — prouvent amplement quelle est l'étendue et la variété de ravages, exercées par le virus syphilitique, dont on ne jugule pas les effets par un traitement approprié.

Différents auteurs ont voulu faire jouer un rôle capital à l'alcoolisme, à la tuberculose, voire à la névropathie des parents, dans l'éclosion de la P. G. juvénile; en réalité, ces facteurs sont peut-être importants, mais en tout cas accessoires; et si la présence de la diathèse syphilitique peut paraître insuffisante à déterminer à elle seule une P. G. juvénile, son intervention est absolument indispensable.

Un fait domine l'histoire des P. G. juvéniles : c'est la lenteur ou même l'arrêt de développement, qui peut se manifester aussi bien dans les premières années de la vie (athrepsie, marche tardive, troubles de la dentition, pseudo-rachitisme), qu'à l'époque de la puberté (infantilisme), longue période et pleine de dangers, qui va de la 10^e année de la vie, jusqu'à 20 ans et au-delà.

Les symptômes d'une vitalité diminuée ne manquent dans aucune des observations de P. G. juvéniles, et dans certains cas l'arrêt de développement physique était tellement prononcé, que les jeunes gens de 20 ans, par exemple, faisaient l'impression des enfants de 13 ans; notre malade est dans ce cas.

La connaissance des insuffisances des glandes endocrines est beaucoup plus répandue que celle de méfaits causés par la syphilis héréditaire; et on constate souvent qu'en présence d'un arrêt de développement toute la série de préparations endocrines est mise en œuvre, tandis qu'on dédaigne la recherche de la cause toujours possible de ces insuffisances glandulaires; à savoir, l'infection syphilitique héréditaire.

On ne peut ne pas être frappé par la profonde atteinte dans l'évolution des tissus et des organes de futurs paralytiques généraux à l'époque de la puberté, en même temps que de leur insuffisance mentale progressive, qui devance souvent de loin les premiers symptômes révélateurs de la P. G.; il est plutôt inutile de parler dans ce cas des altérations des centres trophiques encéphaliques où médullaires; les perturbations dans le fonctionnement des glandes à sécrétion interne, dûes à l'action du virus syphilitique expliquent amplement cette déchéance.

M. Schmiergeld (V. bibl.), a rapporté l'histoire succincte de 2 cas de paralysie générale juvénile avec examen anatomo-pathologique portant sur les glandes vasculaires sanguines; il a constaté l'atrophie accusée des glandes, hémorragies anciennes, sclérose avancée (thyroïde, surrénale, rate, testicule, foie, rein). Chez un paralytique général de 23 ans, dont l'arrêt de développement consistait entre autre dans la persistance des cartilages épiphysaires, Joffroy (V. bibl.) a appliqué le traitement thyroïdien, qui a fait grandir le malade de 3 centimètres en 3 mois, en même temps que son système pileux s'est développé.

Joffroy voulait même voir dans cette non-ossification des cartilages d'accroissement un élément de diagnostic entre la paralysie générale juvénile et celle des adultes. Voici ce qu'il écrivait à ce sujet: « Tout paralytique général, dont le squelette métacarpophalangien sera entièrement ossifié devra, qu'il ait 25 ou 20 ans, rentrer dans la catégorie des paralytiques généraux adultes; ceux, au contraire, dont les métacarpiens où les phalanges présenteront leurs cartilages, devront être étiquetés paralytiques généraux infantiles où juvéniles ». (Encéphale, 1908).

Les altérations des glandes endocrines non-seulement entraînent des troubles du développement physique, mais retentissent, souvent avec grande intensité, sur les différents domaines de l'activité psychique; les symptômes psychiques du crétinisme et

du baséovisme, de l'insuffisance testiculaire, hépatique, surrénale, hypophysaire, — prouvent amplement le rôle capital que jouent les sécrétions internes dans le fonctionnement cérébral normal. L'ancienneté des lésions des glandes à sécrétion interne, constatée dans les autopsies des P. G. juvéniles, semble démontrer que le virus syphilitique commence par attaquer d'abord les glandes vasculaires-sanguines, dont le pouvoir anti-toxique est considérable, et ce n'est qu'après avoir ainsi partiellement privé le système nerveux de substances endocrines, stimulantes et anti-toxiques, qu'il peut par son action prolongée y produire des actions irrémédiables. C'est à la puberté, au moment où l'activité des glandes endocrines se trouve dans un état d'équilibre instable, où leur pouvoir antitoxique faiblit par intervalle, que le système nerveux, et l'écorce cérébrale en particulier, devient la proie facile des toxines syphilitiques. D'autre part, il n'est pas illogique d'admettre, que chez l'enfant hérédo-syphilitique non traité, la production illimitée d'anticorps spécifiques ne soit sans dangers : d'élément de défense, l'anticorps deviendrait un facteur pathologique, capable d'engendrer des troubles de caractère spécial, parasymphilitiques, comme on les appelle.

Il est intéressant de noter la rareté relative des accidents cutanés et muqueux dans l'histoire des futurs P. G. juvéniles; ce fait, ajouté à la méconnaissance fréquente de stigmates hérédo-syphilitiques et à l'insincérité des parents, entraîne l'abandon de l'enfant aux seules forces de la *natura medicatrix*; il est inutile de souligner l'insuffisance de cette thérapeutique. La lecture des observations des P. G. juvéniles est très instructive à ce point de vue : sur quelques centaines d'adolescents, quelques-uns à peine ont suivi un traitement spécifique et aucun n'a été soigné d'une façon intensive et prolongée. Ceux qui ont été traités quand la maladie a pris ses allures classiques, n'ont pas bénéficié d'une amélioration appréciable; pourtant Riggs (V. bibl.), en appliquant le traitement par le novarsénobenzol intra-rachidien au début de la P. G. chez un jeune garçon, a réussi à améliorer notablement son malade.

OBSERVATION

Cette observation a été recueillie à l'asile de Fleury-les-Aubrais dans le service de M. le Dr Becue.

Je lui exprime ici mes vifs sentiments de reconnaissance pour l'amabilité qu'il a eu de m'autoriser à recueillir et à publier cette observation.

René K., né le 1^{er} Avril 1900, entré à l'asile de Fleury le 17 Juillet 1919.

Paralyse générale juvénile. Agitation. Délire mégalomane. Réaction de Bordet-Wassermann positive dans le sang et dans le liquide C. R. Lymphocytose et hyperalbuminose.

Antécédents héréditaires. — Du côté paternel :

Grand-père et grand-mère rien d'intéressant à signaler. Père. 55 ans. Santé physique bonne. 5 ans de service dans les colonies. S'est livré à de fréquents excès de boisson. Nie avoir contracté la syphilis à cette époque, ni après. A fait 16 ans de service comme agent de Police à Paris. Affirme ne pas avoir continué les excès alcooliques.

Malgré ses dénégations et la sincérité apparente de son récit, j'ai procédé à un examen superficiel et j'ai relevé l'existence d'un myosis prononcé avec réaction affaiblie des pupilles à la lumière. Il présente en outre une légère déviation de la bouche à gauche, mais tous les mouvements des muscles de la face sont conservés. Il ne présente pas de signes d'alcoolisme chronique. Léger bégaiement depuis la première enfance. Rien ailleurs.

Du côté maternel. — Grand-père, grand-mère, rien à signaler.

La mère, 51 ans, a toujours été nerveuse et impressionnable, mais n'a jamais eu d'accès convulsifs, ni d'accidents mentaux. Quelque temps après son mariage a été atteinte d'angine avec éruption cutanée. Chute de cheveux consécutive. Sujette aux céphalées sans caractère spécial et aux étourdissements. Pas d'accidents cutanés. Pupilles inégales et un peu irrégulières. Réflexes pupillaires normaux.

Antécédents collatéraux. — Mariée à 25 ans, la mère a eu 4 enfants et 2 fausses couches.

En 1895, fausse couche de plusieurs mois.

En 1896, fille, née presque à terme. L'enfant se développait mal. Intelligence faible, vue faible, qui a commencé encore à baisser vers 15 ans. S'est souvent plainte de douleurs précordiales. Morte subitement à 17 ans, en 1913. Le médecin a attribué la mort à l'embolie cérébrale.

En 1898, fausse couche de 4 mois.

En 1900, René, notre malade.

En 1908, garçon, bien portant et intelligent (d'après la mère).

En 1909, fille atteinte de convulsions dans la première enfance. Incontinence d'urine persistante. Sujette aux impulsions violentes. N'apprend rien à l'école. Présente des tics multiples. Rit sans raison.

Histoire du malade. — Pas d'accident de dentition. Développement normal dans le cours de la première année. Pas de con-

vulsions. A 2 ans, cystite (!), consistant en émission des urines, d'abord rouges, puis franchement noires. Le médecin appelé aurait questionné la mère, si elle ne souffre de maux de tête, si elle n'a pas de boutons sur le corps. Le petit malade a probablement présenté à ce moment, outre son hémoglobinurie, quelque accident suspect, qui a fait rechercher au médecin les antécédents spécifique chez la mère; il n'a pas prescrit de traitement antisypilitique. René a commencé à marcher et à parler tard, vers deux ans et demi seulement; il a toujours bégayé légèrement. A 5 ans, diarrhée dysentérique assez grave. Rougeole, à 8 ans. Il a présenté de l'énésurie jusqu'à l'âge de 7 ans. A 11 ans en hiver, la « cystite » est revenue : il a uriné « noir » pendant plusieurs jours; pas d'ictère consécutif. Au point de vue intellectuel, il se développait très bien. Il n'a jamais été d'un caractère très vif, mais sa conduite jusqu'à l'âge de 12 ans n'a rien présenté d'anormal. Il apprenait très bien à l'école, était docile et serviable, aimait beaucoup la lecture. Sa mère fait grand éloge de son intelligence et de ses qualités de caractère.

Histoire de la maladie. — Les premiers troubles remontent chez René à 1912 (il avait 12 ans), à l'époque critique de la puberté. René devenait distrait, s'appliquait moins à faire ses devoirs, avait des oublis étranges, participant peu aux jeux des camarades. Malgré qu'il ait été jusque-là bon élève, il a échoué aux examens, et au désespoir de sa famille, n'a pas eu de certificat d'études primaires. A 13 ans, René entre comme employé chez un quincailler, où il reste 3 ans, jusqu'à la liquidation de l'entreprise. Il a travaillé à la satisfaction de ses employeurs; mais sa mère a constaté, que « plus ça allait, plus il avait de troubles » : son intelligence, sa mémoire, ses affections baissaient progressivement, quoique très lentement. Elle se consolait par l'idée que « ça passera avec l'âge ». Malheureusement, rien ne justifiait cet espoir : René est devenu très « sérieux », causait peu aux camarades, ne voulait pas sortir en promenade. Il n'aimait qu'un genre de distraction : la lecture; il passait des soirées entières à lire des romans d'aventures, surtout des romans policiers. De temps en temps il présentait des colères subites, proférait des injures; il est devenu très jaloux de sa sœur et de son frère. Il y avait des jours, où sa mémoire paraissait étrangement insuffisante. A 15 ans, ont apparu des paralysies passagères (bras droit, main droite), ne s'accompagnant pas de perte de connaissance. Il a toujours mangé avec plaisir, mais depuis l'âge de 15 ans, son appétit est devenu « féroce ». Malgré l'appétit, il n'engraissait point. Après la liquidation de la quincaillerie, les parents ont décidé de garder René à la maison, car ils accusaient le surmenage d'être la cause de ses

troubles. A la maison, il a encore présenté de petits ictus avec obnubilation passagère, suivis de paralysies (bras, ptosis de la paupière gauche), également transitoires. Un jour tout son côté gauche est devenu brusquement paralysé; cette paralysie aurait duré une journée; mais cette fois la paralysie a laissé des sequelles : léger strabisme divergent à gauche et ptosis de la paupière gauche. Il n'a jamais présenté de crises épileptiformes. Au même moment, sa parole est devenue plus défectueuse : il bégayait plus que d'ordinaire et la prononciation était moins distincte qu'avant. Son écriture, qui était élégante et régulière, s'est également modifiée : elle est devenue lente, tremblante, inégale; en plus, il faisait des fautes d'orthographe, chose qui ne lui est arrivé jamais avant. Une manie bizarre de collectionner s'est emparée de René vers la même époque : il ramassait des bouts de papiers, des livres, des chansons, voir des objets sans valeur ni utilité. Toujours à l'âge de 16 ans débutent des bouffées délirantes : il veut s'engager, sera grand héros, sauvera la France, se sent très fort, plus fort que les autres, etc. Physiquement, René se développait très mal : il ne changeait pour ainsi point depuis 2 ans. Vers 16 ans et demi, survient une légère amélioration qui se maintient un an environ; les parents, croyant que le travail lui fera du bien, lui trouvent une place dans une usine de caoutchouc, où René commence à travailler à l'âge de 17 ans et demi.

Dans sa nouvelle place, il s'acquittait mal de sa besogne. L'instabilité des mains, qui s'est montrée quelque temps auparavant, a augmenté, ainsi que les troubles de la parole; René était repris de ses divagations guerrières. Dans ces circonstances, les parents ont décidé de retirer René de l'usine. Quelques jours avant la date où il devait quitter définitivement l'usine, René a été victime d'un accident : en allant au travail le matin (23 Février 1918), René a été renversé par une voiture de laitier; la chute a occasionné une plaie du cuir chevelu qui saignait beaucoup. René n'a pas perdu connaissance, et est revenu à pied à la maison. Le médecin appelé a ordonné l'alitement, et a pansé la plaie, qui aurait abondamment suppuré pendant 10 jours suivants. Pendant ces 10 jours, René a été obnubilé et avait le sommeil mauvais; la température pourtant est restée normale et René s'alimentait assez bien. Puis brusquement, 12 jours après l'accident, René est devenu paralysé de 4 membres, ne parlait plus, perdait les urines et les matières. « Il était violet » pendant 2 jours, mais n'a pas eu de convulsions. Le médecin qui l'a soigné a parlé d'une méningite probable et de l'opportunité d'une trépanation, qu'on n'a pas pratiquée. Cet état de paralysie a duré une vingtaine de jours. Puis, la paralysie ayant disparu presque sans laisser de traces, René s'est levé, et « la

raison lui est revenue », mais affaiblie. Depuis cette époque, l'affaiblissement intellectuel faisait des progrès constants, quoique lents; René présentait des alternatives d'excitation et de dépression, tenait des discours décousus, parlait de moins en moins distinctement; garçon, jusque-là obéissant, il lui arrivait de répondre : je ne veux pas, — a tout ce qu'on lui demandait de faire. Il pleurait et chantait sans raison. Détails intéressants; il a continué à lire; il est vrai, moins qu'avant l'accident. Le sujet préféré de ses discours était la guerre : il déclarait avoir fait la guerre sur le front, prétendait être officier, avoir toutes les décorations du monde; un jour, il a raconté son voyage au Maroc, ses exploits multiples, entre autres, la façon dont il a sauvé la fille d'un général, etc etc. Parti un jour en ville, René s'est égaré et n'est rentré à la maison que fort tard dans la nuit dans un état lamentable, harassé de fatigue, ne se rappelant de rien. Depuis son accident il a présenté des crises épileptiformes plusieurs fois. Sa parole devenait ànonnante, bredouillante, indistincte par moments; les défauts de l'écriture de plus en plus sensibles. A notablement maigri pendant les 3 mois qui ont suivi l'accident; puis, sans changer de régime, a engraisé d'une façon sensible. Au mois de Juin 1919, apparaissent des crises d'excitation violente : René chantait pendant des heures et souvent la nuit déchirait tout ce qu'il trouvait sous la main, frappait des coups violents sur la table et sur plancher, etc. La famille se décide à le transporter à l'asile, où il entre le 17 Juillet 1919.

25 Juillet. 1919—Très agité. On est obligé de lui lier les mains, car il défait constamment son lit, sort la paille, déchire sa chemise. Gâtisme. Prononce des paroles inintelligibles.

29 Juillet. — Même état. Le matin on le trouve par terre, à côté du lit. Crise épileptiforme?

4 Août. — Relativement calme.

Examen physique. — Aspect extérieur d'un garçon de 13 ans à peine, malgré sa taille, relativement forte (1.54). Très voûté, thorax étroit, épaule gauche plus basse que la droite. Maigreur considérable. Visage tiré, sans expression. Extrémités froides. Crâne petit, mais régulier. Cicatrice de plaie du cuir chevelu, dans la région bregmatique, une autre cicatrice sur le pariétal. Pas d'enfoncement osseux. Dents petites, infantiles, sans stigmates caractéristiques. Voûte palatine et arcades dentaires d'aspect normal. Oreilles mal formées (hélix charnu, collé à la fossette scaphoïde, bord libre de l'hélix découpé, tragus effacé). Testicules très petits; quelques poils à peine au pubis et à l'aisselle; pas de moustache ni de barbe. Nombreux ganglions inguinaux. Quelques ganglions cervicaux postérieurs. Deux petites cicatrices blan-

châtres du type vaccinal à la face postérieure de la jambe droite. Genu valgum bilatéral.

Instabilité des mains. Tremblement des lèvres. Tremblement fibrillaire peu prononcé de la langue avec mouvements en trombone. Marche hésitante, à petits pas, les jambes écartées. Traîne légèrement la jambe droite. Parole peu distincte, bredouillante avec quelques accrocs. Ecriture presque impossible; écrit ainsi son prénom : neo : les lettres sont presque méconnaissables. Calcul mal (mentalement) : $4 + 5 = 10$; $3 + 8 = 15$, puis 100. Ptosis prononcé de la paupière gauche; strabisme gauche divergent, peu accentué. Pupilles dilatées, inégales, irrégulières. Abolition du reflexe pupillaire à la lumière; affaiblissement du reflexe à l'accommodation. Reflexes tendineux des membres supérieurs et inférieurs notablement exagérés. Pas de clonus du pied, ni de la rotule.

Signe de Babinski bilatéral, plus prononcé à droite.

Reflexes crémastérien et abdominaux conservés.

Reflexes pharyngien et oculaire conservés.

Force musculaire diminuée aux membres supérieures et inférieures.

Sensibilité cutanée, muqueuse, musculaire, légèrement émoussées.

Pression du cubital dans la gouttière épitrochléenne indolore.

Légers troubles trophiques des ongles (décoloration, friabilité.

S'alimente assez bien.

Cœur-normal.

Poumons-normaux.

Foie, augmenté de volume, déborde d'un travers de doigt les fausses côtes.

Rate paraît normale.

Urines, ni sucre, ni albumine.

5 Août. — Prise de sang et ponction lombaire. (Liq. hyper.).

L'examen du sang et du liquide céphalo-rachidien a été fait au laboratoire de l'hôpital d'Orléans.

Sang. Réaction de Bordet-Wassermann (+ + + +).

L. C. R. Réaction de Bordet-Wasserman (+ + + +).

Lymphocytes en grande quantité. Albumine très augmentée.

Troubles psychiques. — Le malade est dans un état de démence assez avancée.

Attention très faible. Opérations logiques désordonnées.

Instabilité des idées. Affectivité nulle. Fausses reconnaissances. Appelle des personnes imaginaires. Euphorie très prononcée : se frotte les mains, en répétant plusieurs fois de suite : je suis content. Agitation constante des mains : relève les manches de sa veste, se donne des gifles, se gratte continuellement. Chante et

siffle, souvent la nuit. La nuit gâte au lit; le jour, urine souvent dans son pantalon, mais pour les autres besoins demande d'aller au cabinet.

15 août. — Agitation moindre depuis la ponction lombaire. René répond mieux aux questions. Il manifeste des idées de grandeur, absurdes, mobiles, contradictoires, énoïmes.

D. — Que veux-tu faire ?

R. — J'ai fait la guerre au Maroc, je suis maréchal de France, j'ai mille chevaux.

Cite spontanément un grand nombre de noms illustres de l'histoire de France; quand on lui demande qui était Pépin le Bref, qu'il a nommé un instant auparavant, René répond : c'est un cousin du shah de Perse. Henri IV est petit-fils à Pasteur etc. Je lui demande des détails sur son accident; René répond : je vais toucher 100 millions d'indemnité et 100 millions à la caisse d'épargne. Il indique la photographie d'un monsieur sur le journal en disant : c'est le président Poincaré, chasseur du Pérou et d'Afrique. L'interrogatoire prouve l'étendue des lectures du malade, ainsi que sa prédilection pour les romans d'aventures. Ecrit son nom sans faute d'orthographe, mais la calligraphie est très défectueuse. A la seconde épreuve fait 2 fautes d'orthographe en écrivant son nom. Additionne bien 125 et 245, mais il lui est impossible de dire les nombres que représentent ces groupes de chiffres. Calcul mental : $3 \times 3 = 12$; $24 : 2 = 12$; $3 \times 7 = 24$; $12 + 15 = 30$; $2 \times 15 = 40$, puis 1.000.

Lecture très insuffisante; René est incapable de répéter le moindre passage de ce qu'il a lu; la copie d'un fragment est tout à fait incompréhensible.

26 août. — Agité, déchire les draps. Le matin en entrant dans sa cellule, je l'entends se plaindre de mal de tête; puis, sans insister sur sa céphalée, il me raconte qu'il vient de faire le tour du monde en aéroplane, et qu'il est né en Tunisie. Agite continuellement ses jambes, gâtisme. Malgré une alimentation substantielle, le malade maigrit de jour en jour.

10 septembre. — Amélioration. Engraisse un peu. Agitation moindre. A pleuré toute la nuit dernière. Raconte qu'il a tué Guillaume à bout portant et qu'on l'a nommé pour ça, président du conseil de guerre. Idées de grandeur multiplées, excessivement mobiles. Ne s'intéresse à rien. Ne parle pas de ses parents, n'exprime pas le désir de les voir.

*
*
*

Cette observation, tout en présentant de grandes analogies avec celles publiées jusqu'ici, offre cependant quelques particularités intéressantes. En premier lieu la longue durée de l'affection. On

peut, évidemment, attribuer les premiers symptômes d'insuffisance mentale (changement de caractère), à des troubles passagers de la puberté, et ne faire remonter la maladie qu'au premier symptôme révélateur de la P. G., — l'ictus avec paralysie fugace, survenu à 15 ans. Mais la coïncidence de l'arrêt de développement et l'acheminement lent, mais progressif vers la démence, autorisent à croire que le début de l'activation du virus syphilitique se place vers l'âge de 12 ans. Ce qui renforce encore quelque peu cette hypothèse, c'est l'apparition vers cette époque dans le sang de René d'une hémolysine (11 ans et demi), ayant déterminé une hémoglobinurie, qui n'est plus revenue depuis cette époque. Cette hémoglobinurie dont il a déjà eu une crise à l'âge de 2 ans, présente un certain intérêt. C'est un fait indéniable que la syphilis acquise est le facteur, de beaucoup le plus important de l'hémoglobinurie de l'adulte; chez les enfants hérédosyphilitiques l'hémoglobinurie a été notée, mais les cas ne sont pas fréquents (Comby, Courtois-Suffit). Quant à l'hémoglobinurie de paralytiques généraux juvéniles, on n'en a rapporté à ma connaissance qu'un cas, c'est celui de Régis (Encéphale 1909), dont le malade a présenté à partir de l'âge de 8 ans, des crises hémoglobinuriques tous les hivers et même en été.

En ce qui concerne les stigmates de l'hérédosyphilis, René n'en présente point d'important, pas de dystrophies dentaires ni osseuses, pas d'antécédents oculaires ni auriculaires, pas de stigmates cutanés. Les dents sont infantiles, mais non malformées; le crâne petit mais régulier; on note, toutefois, un *genu valgum* bilatéral.

La microodontie et la microcéphalie, de même que la microorchidie sont l'expression d'un arrêt de développement, qui a précédé de peu de temps le début de troubles de l'intelligence et de caractère.

Chez la sœur aînée de René, morte subitement à 17 ans, les lésions dystrophiques (rétrécissement mitral probable), les manifestations de la syphilis active, (atrophie optique progressive), enfin l'insuffisance mentale ont été de plus nettes, et dataient de la première enfance. Il est vrai, qu'on constate chez le malade deux petites cicatrices du type vaccinal, mais il est difficile de les considérer comme des stigmates certains d'une syphilis active de l'enfance.

De toute évidence le traumatisme n'a fait qu'accélérer l'évolution de la maladie, dont tous les symptômes existaient au moment où l'accident est survenu (ictus, troubles de la parole, affaiblissement intellectuel); il est même fort probable que l'accident a été causé par l'inattention du malade, ainsi que cela

arrive souvent chez les paralytiques généraux adultes; le traumatisme n'a pas été la cause mais l'effet de la maladie, thèse défendue par Régis au point de vue de la médecine légale de la P. G. traumatique.

Enfin, contrairement à ce qu'on voit dans la majorité des cas de la P. G. juvénile, notre malade présente un délire typique de la démence paralytique des adultes; les manifestations délirantes qui durent depuis deux ans environ offrent les traits fondamentaux de la mégalomanie de la P. G. : mobilité, énormité, absurdité, contradiction. Ce délire est tellement caractéristique, qu'il permet de porter le diagnostic de la P. G. presque à coup sûr, et c'est grâce à lui que j'ai orienté d'emblée l'examen du malade.

CONCLUSIONS

Etant donné la diffusion croissante de la syphilis, il est absolument indispensable de rechercher chez les enfants ces stigmates dystrophiques et les caractères sérologiques.

Tout enfant hérédo-syphilitique, même en l'absence des manifestations de la syphilis active doit être traité d'une façon suffisamment intense au-delà de la 20^e et même de la 25^e année de la vie; le traitement ne doit jamais être abandonné, mais après la puberté son importance diminue.

L'hémoglobinurie, survenant chez un enfant, en dehors d'une affection aiguë et en l'absence d'intoxication par quelques substances particulières, doit faire penser immédiatement à la syphilis héréditaire.

Tout arrêt de développement chez un enfant ou chez un adolescent doit inciter le médecin à rechercher si l'on ne se trouve pas en présence d'un grand trouble d'origine syphilitique.

Les P. G. juvéniles peuvent présenter un délire mégalo-maniaque, en tout point analogue à celui des adultes.

La syphilis héréditaire est à l'origine de la P. G. juvénile, de même que la syphilis acquise à l'origine de la P. G. des adultes.

Vu, le Président,
JEANSELME.

Vu le Doyen de la Faculté
ROGER

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Pecteur de l'Académie de Paris,

LUCIEN POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

Je reproduis ci-dessous la bibliographie d'ARSIMOLES et HALBERSTADT, à laquelle j'ai ajouté les observations, publiées depuis 1910.

1. ABRAHAM. *The Lancet London*, 31 décembre 1910.
2. ALZHEIMER. *Neurol. Centralbl.*, 15 octobre 1894.
3. ALZHEIMER. *Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie*, 1896, p. 533.
4. APERT, LEVY-FRANKEL et MÉNARD. *Bull. de la Soc. de Pédiatrie*, novembre 1907.
5. ARSIMOLES et HALBERSTADT. *Ann. médico-psych.*, mai-juin, juillet-août, septembre-octobre 1910.
6. BABINSKI. *Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 24 octobre 1902.
7. BABONNEIX. *Revue mens. des mal. de l'enfance*, mars 1906, p. 97.
8. BABONNEIX. *Traité des maladies des enfants*, de HUTINEL. Paris, Asselin et Houzeau, 1909, t. V.
9. BACHMANN. *Deutsche mediz. Wochenschr.*, 1907, p. 2163.
10. BALLE. Leçon clinique faite en 1891, publiée par RÉGIS, in *Arch. clin. de Bordeaux*, août 1892.
11. BARBÉ et LEVY-VALENSI. *Encéphale*, 1912, I, p. 273.
12. BAUDOIN et LEVY-VALENSI. *Encéphale*, 1910, II, p. 490.
13. BENNETT. *Edimbourg médical Journal*, v. VIII, n° 2, août 1900.
14. BERNHARDT. *Berlin, klin. Wochenschr.*, 1904, p. 795.
15. BIANCHI. Leçon citée par SAPORITO (v. ce nom).
16. BIÉLIAKOW. *Wiestnik psich. i nevropat.*, VII, 2, 1890 (en russe),
17. BORDA. *Paralysie générale progressive*, Buenos-Ayres, 1906.
18. BOURNEVILLE. KINDBERG et Ch. RICHET (fils). *Iconogr. de la Salp.*, 1908, n° 6. *La Clinique*, 11 décembre 1908.
19. BOYLE. *The. jour. of ment. science*, janvier 1899 p. 90.
20. BRESLER. *Neurol Centralbl.*, 1895, n° 23, p. 1114.
21. BRIAND et BRISSOT. *Soc. clin. de méd. ment. de Paris*, Juillet 1909.
22. BRISSAUD et GY. *Soc. de Psychiatrie de Paris*, janvier 1909.
23. BRISSOT. *Ann. médico-psych.*, juin 1914, n° 6, p. 663.
24. BRISTOWE. *The Brit. med. Jour.*, 13 novembre 1893.
25. BRUNET. *Soc. médico-psych.*, 30 juillet 1900.
26. BURZIO. *Ann. di Frenatria e Sc. aff.*, octobre 1899, p. 273.
27. CAMERON. *Review of Neurology*, 1903, I, p. 390.
28. CARRIER et CARLE. *Congrès des alién et neur. de Toulouse*, 1897, p. 651.
29. CESTAN et COMBÉLÉRAN. *Toulouse médical*, 1905.
30. CHARCOT. *Mercredi médical*, 1892, p. 61 (Leçon publiée par L. Blocq).
31. CHARCOT et DUTIL. *Arch. de Neurol*, mars 1892.
32. CIAGLINSKI. *Neurol Centralbl.*, 1900, p. 382.
33. CLAUDE et LÉVY-VALENSI. *Soc. de psychiatrie de Paris*, Juil. 1908.
34. CLAUDE et TOUCHARD. *Soc. de psychiatrie de Paris*, juin 1909.
35. CLOUSTON. *Jour. of ment. science*, octobre 1877.
36. CLOUSTON. *The Edimbourg med. Jour.*, 1891, p. 1101.

37. COLE et STEPHENS. *Intercolonial med. Jour. of Australasia*, Melbourne, Février 1908.
38. COLIN. *Soc. clin. de méd. ment. de Paris*, 20 juillet 1908.
39. COMBEMALE. *Congrès de méd. ment. de Lyon*, 1891, p. 374.
40. COURBON et NOUGARET. *Congrès d'Amiens*. août 1911. *C. R. in Rev. Neur.*, 1911, II, p. 296.
41. CURSHMANN. *Psych.-Neurol. Wochenschr.*, 1907, n° 38 et 39.
42. DAMAYE et MARANGÉ. *Echo méd. du Nord*, 26 octobre 1913, n° 43, p. 509.
43. Daniouchevsky. *Thèse de Paris*, 1912.
44. DANEQ. *Rivista di Psich.*, 1912, n° 3.
45. DARLING. *Proceedings of the R. soc. of med. of London*, vol. V. 21 mars 1912, n° 6, p. 155.
46. DAVIDOW. *Arch. russes de psych.*, vol. IX, n° 1 *Analysé in Allg. Zeitschr., für Psych.*, 1889.
47. DEES. *Psychiat. Wochenschr.*, 19 août 1899, n° 21.
48. DELMAS. *Thèse de Bordeaux*, 1899.
49. DEROUBAIX. *Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, Avril 1905.
50. DEVAY. *Congrès des Alién. et neur. de Limoges*, 1902.
51. van DEVENTER et BENDERS. *Psych. en neur. Bladen*, 2 Blz, 1898, p. 118.
52. DILLER. *Cleveland méd. Jour.*, mars 1911.
53. DOBROKHOTOV. *Jour de Neurop. et de Psych. du nom de S. S. Korsakow*, livres 5-6, 1910 (en russe).
54. DUPOUY et LÉRI. *Encéphale*, 1909, II, p. 562.
55. DUPRÉ et FOUQUE. *Encéphale*, 1911, II, p. 367.
56. DUPRÉ et M^{me} THUILLIER-LANDRY. *Revue Neurol.*, fév.-mars 1917, p. 134.
57. DYDINSKI. *Soc. méd. de Varsovie. C. R. in Neurolog. Centralbl.*, 1901, p. 189.
58. ENNEN. *Allgèn Zeitschr. f. Psychiatrie*, vol. LVIII p. 1190.
59. ERMAKOW. *Trav. de la Clin. psych. de l'Univ. de Moscou*, 1914, n° 2 (en russe).
60. FAIRBANKS. *The Jour. of Amer. méd. Assoc.*, 5 Décembre 1908, p. 1946.
61. FALK. *Jour de Neurop. et de Psych* (en russe) Moscou, 1907, p. 439.
62. FIRPI. *Thèse de Paris*, 1906.
63. FLESCH. *Wiener médiz. Wochenschr.*, 1909, n° 4, p. 244.
64. FÆRSTER. *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, vol. LVIII p. 1190.
65. FORSTER. *Soc. de Psychiatrie de la prov. rhénane. Psychiat Wochenschr.*, 23 novembre 1901, n° 35.
66. FOURNIER (A.) *Bull. de l'Acad. de méd.*, Janvier 1895.
67. FRÆLICH. *Thèse de Leipzig*, 1901.
68. GARNIER. *Congrès des Alién. et neurol. de Toulouse*, 1897.
69. GAUCHER. *Leçon clinique inédite* (cité par BABONNEIX).
70. GAUTIER. *Encéphale*, 1910, II, p. 80.
71. GIANELLI. *Rivista quindic. di psicol. psych. neuropat.*, An II, 15 novembre 1898, p. 213.

72. GIANULLI. *Rivista speriment. di frenatria*, XXV, 1899, p. 662.
73. GIRY. *Ann. médico-psych.*, 1904, p. 76.
74. GREGORY. *The jour. of nerv. a. ment. discases*, août 1907, p. 518.
75. GRINKER. *The jour. of nerv. a. ment. discases*, juillet 1918, p. 458.
76. GUDDEN. *Arch. f. Psych.*, 1894, t. XXVI, n° 2.
77. GUISLAIN. *Leçons orales sur les phrénopathies*, Gand 1852.
78. GUMPERTZ. *Arch. f. Psych.*, 1900.
79. HAGELSTAM. *Deuts. Zeitschr. für Nervenheilkrauk.*, 1904, v. XXVI, p. 268.
80. HAUSHALTER. *Ann. de derm. et de syph.*, 1897, p. 761.
81. HEAD. *Proceedings of the R. Soc. of méd. of London*, janv. 1910, vol. III, n° 3.
82. HIRSCHL. *Wiener klin. Wochenschr.*, 1901, n° 21.
83. HIRSCHL. *Wiener klin. Wochenschr.*, 1895, n° 43. *Wiener klin Rundschau*, 1895, n° 31 et 32.
84. HOCH. *The jour. of nerv. a. ment. discases*, février 1897.
85. HOCHSINGER. *Arch. für. Derm. u. Syph.*, 1899, p. 408.
86. HOMEN. *Arch. für Psychiatrie*, 1891, n° 2, p. 191.
87. HOUGH. *The jour. of nerv. a. ment. discases*, vol. XXXVI, 10 octobre 1909, p. 577.
88. HUDOVERNIG. *Neurol Centralbl.*, 1909, p. 390.
89. HÜFLER. *Deuts. Zeitschr. für Nervenheilkvank.*, 1892.
90. HUGUET. *Thèse de Paris*, 1913.
91. HULST. *Psych en neur. Bladen*, 1900, p. 100. *C. R. in Neurol Centralbl.*, 1901, p. 1111.
92. HUNTER. *The Lancet*, 29 avril 1899, p. 1250.
93. IDRAC. *Thèse de Toulouse*, 1906.
94. INFELD. *Wiener klin. Wochenschr.*, 1895, p. 47.
95. INGBRAUS. *Gazette des Hôpitaux*, 1904, n° 58 et 60.
96. JACQUIN et LAIGNEL-LAVASTINE, *Encéphale*, 1914, I, p. 22.
97. JANSSENS et MERS. *Jour für Psych. u. Neurol.*, vol. XI. n° 4-5, p. 157.
98. JELLIFFE. *Jour of nerv. and ment. diseases*, juillet 1913, p. 466.
99. JOFFROY. *Revue de Psychiatrie*, 1898, n° 6.
100. JOFFROY. *Encéphale*, juillet 1908, p. 1.
101. JOFFROY et RABAUD. *Arch. de Neurol.*, juillet 1898.
102. JOLLY *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1901, n° 1, p. 21.
103. JOUSCHENKO. Varsovie, 1906 (cité par DELMAS).
104. KAPLAN et MEYER. *Congrès de la Soc. de Psych. de Berlin*, mars 1900, *C. R. in Thèse Idrac*.
105. KARPAS. *New-York méd. Jour.*, 21 septembre 1907.
106. KARPLUS. *Wiener klin. Wochenschr.*, 1895, n° 47.
107. KARPLUS. *Wiener klin. Wochenschr.*, 1897, Bd. X, p. 75.
108. KELLER. *Neurol. Centralbl.*, 1908, p. 131.
109. KÉRAVAL. Observation publiée par FIRPI. *Thèse* 1906.
110. KLIENEBERGER. *Allgem. Zeitschr., für Psych.*, 1908, p. 936.
111. KÖSTER. *Neurol. Centralbl.*, 1905, p. 1069.
112. KRAEPELIN. *Soc. des Alién. bavaois*, juin 1909.
113. KRAFFT-EBING, *Nothnagels Path. und Thér.*, Vienne 1894.

114. KRON. *Jour de Neur. et de psych.* du nom de S. S. Korsakow, livre 2, 1913 (en russe).
115. KURE. *Neurol. Centralbl.*, 1905, vol. XXIV, p. 78.
116. LAFORA. *Riv. clin. de Madrid*, an IV, n° 18 et 19, 15 septembre et 1 octobre 1912.
117. LALANNE. *Jour. de méd. de Bordeaux*, 20 décembre, 1903. n° 5, p. 825.
118. LANGE. *Münch. méd. Wochenschr.*, 1903, p. 1533.
119. LEGRAIN. *Ann. de la Policlinique de Paris*, 1893.
120. LEIDESDORF. *Wiener med. Wochenschr.*, 1884, n° 27.
121. LEROY. *Bull. de la Soc. de méd. ment.*, 20 mars 1911, n° 3, p. 108.
122. LIBOUCHE. *Rev. de Psych. Neur. et Psychol. exper.* (en russe), décembre 1910.
123. LILIENSTEIN. *Thérapie der Gegenevart*, avril 1908.
124. LOUVRIER. *Thèse de Paris*, 1907.
125. LUHRMANN. *Neurol. Centralbl.*, 1895, n° 14, p. 632.
126. LUNN et HOLMES. *Clinical Soc. of London*, 8 février 1907, *C. R. in Rev. Neurol.*, 1907, p. 844.
127. LWOFF et COUDOMINE. *Bull. de la Soc. clin. de méd. ment.*, janvier 1910.
128. MAC DOWALL. *The Jour. of ment. science*, 1908, p. 112.
129. MACKENZIE. *Soc. méd. d'Edimbourg*, 7 mars 1906.
130. MAILLARD et LE MAUX. *Encéphale*, 1912, I, p. 40.
131. MAJOR. *Brit. med. Jour.*, 17 décembre 1892.
132. MARCHAND. *Soc. médico-psych.*, 26 mars 1900.
133. MARCHAND. *Soc. anat. de Paris*, 1902, p. 77.
134. MARCHAND. *Soc. clin. de méd. ment. de Paris* juin 1909.
135. MARCHAND, et LÉRIDAN. *Echo médical du Nord*, 27 juillet 1902.
136. MARCHAND, et NOUET, *Bulletin médical*, 29 janvier 1908.
137. MARCHAND et VURPAS. *Soc. médico-psych.*, 20 janvier 1901.
138. MARCUS. *Soc. des Alién. bavares*, juin 1909.
139. MARIE (A). *Soc. clin. de méd. ment. de Paris*, janvier-mars 1909.
140. MAUPATÉ et DESRUELLES. *Echo méd. du Nord*, 16 mai 1909, p. 233.
141. MAY. *Médical Record*, 3 septembre 1910, p. 404.
142. MENDEL (E.). *Arch. für Psychiatrie*, 1868, vol. I.
143. MENDEL (K.). *Neurol. Centralbl.*, 1905, p. 19.
144. MENDEL (K.). *Neurol. Centralbl.*, 1909, p. 50.
145. MENDELSON. *Rousski Wratch*, 1908, n° 48 (en russe).
146. MENDELSON. *Soc. de Psych. de Petrograd*, 22 mars 1903 (v. Falk).
147. MIDDLEMASS. *Jour. of ment. science*, Janvier 1894.
148. MILIAN. *Bull. et mém. de la Soc. o. med. des Hopit. de Paris*, 24 octobre 1912, n° 29, p. 317.
149. MILLER. *Proceed. of the R. Soc. of med. of London*, mai 1910 n° 7.
150. MILLER et ACHUCARRO. *American Jour of insanity*, janvier 1915.
151. MINGAZZINI. *Monatsch. f. Psych. u. Neurol.*, 1898, III, p. 53.
152. MONDOR. *Soc. de Psych. de Paris*, 21 janvier 1909.
153. MORISON. *Case of mental discase*, 1828 (cité par FRELICT).
154. MORIXE. *Riv. de la Soc. de Psych. Neur. y méd. leg.*, Buenos-Ayres, 1915, p. 187.

155. MOTT. *Arch. of neur. from. the path. Labor of the London County-Asylum* 1899.
156. MOUSSOUS. *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 1906, p. 595.
157. MULLER. *Allgem. Zeitsch. f. Psychiatrie*, 1898, p. 151.
158. NEVE. *Hospital Tidende*, 1909, n° 26.
159. NOLAN. *The jour. of ment. science*, avril 1883.
160. NONNE. *Neurol. Centralbl.*, 1900 p. 776.
161. NONNE. *Allgem. Zeitschr., f. Psychiatrie*, vol. LXIII, p. 128.
162. OLAH. *Neurol. Centralbl.*, 1909, p. 390.
163. OKLOW. *Psychiatrie contemp.*, juillet 1912 (en russe).
164. PACTET. *Soc. clin. de méd. ment.* mai 1909 (*C. R. in Rev. de Psychiatrie*, juin 1909).
165. PERUSINI. *Ann. dell'Inst. Psych. della Univ. de Roma*, 1904, III, p. 153.
166. PIANETTA. *Rev. ital. di Neuropat. Psych. ed Elletroter.*, juil. 1910. p. 289.
167. POYNTÓN. *Proceed. of the R. Soc. of med. of London*, nov. 1908. n° 1, p. 11. neur. Sec.).
168. PRINCE *Bull. de la Soc. clin. de méd. de ment.*, juin 1914, p. 215.
169. PUSATERI. *Acad. méd.-chir. de Palerme*, séance du 21 juin 1898.
170. RAD. *Arch. f. Psychiatrie*, 1898, Bd XXX, p. 82.
171. RAD. *Deuts. mediz. Wochensch.*, 1907, p. 2120.
172. RAMADIER et MARCHAND. *Ann. médico-psych.*, juillet-août 1910, p. 105.
173. RANKE. *Neurol. Centralbl.*, 1908, p. 556.
174. RAYMOND. *Leçons cliniques*, 4^e série. Doin, 1900, p. 489.
175. RAYMOND. *d'Indép. méd.*, 1898, n° 31.
176. RÉGIS. *Encéphale*, 1883.
177. RÉGIS. *Encéphale*, 1885.
178. RÉGIS. *Acad. de méd.*, 20 mai 1895.
179. RÉGIS. *Ann. médico-psych.*, 1898, p. 440.
180. RÉGIS. *Arch. de neurol.*, 1901.
181. RÉGIS et ANGLADE. *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 1906, p. 234.
182. RÉGIS. *Encéphale*, 10 février 1909, p. 97.
183. RÉMOND et CHEVALIER-LAURE. *Progrès médical*, 8 mai 1909.
184. REY et MANIÈRE. *Ann. medico-psych.*, 1883, vol. II, p. 231.
185. REZZA et VEDRANI. *Riv. ital. di Neuropat Psych. ed Elletroter.*, juin 1913, p. 254.
186. RICHARDS. *Boston méd. and surg. Journal*, 4 août 1910, p. 215.
187. RIGGS. *The jour of American méd. Assoc.*, 13 juin 1914, n° 24, p. 1888.
188. SAIKI. *Neurol Centralbl.*, 1894.
189. SAINT-MAURICE. *Thèse de Paris*, 1896.
190. SANCTE DE SANCTIS. *Jour of ment. pathol.*, 1905 n° 1, p. 1115.
191. SANGER. *Neurol. Centralbl.* 1905, vol. XXIV, p. 1069.
192. SAVORITO. *Ann. médico-psych.*, 1898, vol. II. p. 26.
193. SAVAGE. *Jour. of ment. science*, juillet 1888.
194. SCHMIERGELD. *Encéphale*, 1907, II, p. 503.

195. SCHÖNFELD. *Wiener klin. Wochenschr.*, 18 mai 1911, p. 731.
 196. SCIUTI. *I^{er} Congrès Ital. de Neurol.*, Naples, Avril 1908.
 197. SENKPIEL. *Fortschritte der Medizin*, 1908, n^o 26.
 198. SKOCZYNSKI. *Berlin. klin. Wochenschr.*, 1904, p. 148.
 199. SNESSAREW. *C. R. in Rev. Neur.*, 1911, I, p. 457.
 200. SOLLIER. *Ann. médico-psych.*, 1898, I, p. 124
 201. SOMMER. *Neurol. Centralbl.*, 1886.
 202. SPEYR. *Correspondenzblatt für Schweiz. Aerzte*, 1899, n^o 5.
 203. STEWART PURVES. *Brain*, XXI, 1898, p. 39.
 204. STOLZ. 1844. (Cité par Ingébrans).
 205. STREITBERGER. *Thèse Iéna*, 1894.
 206. STRUMPELL. *Neurol Centralbl.*, 1888.
 207. SVENSON. *Psych. Wochenschr.*, 1899. *C. R. in Neurol Centralbl.*; 1900, p. 122.
 208. THIRY. *Thèse de Nancy*, 1898.
 209. THOMSON et DAWSON. *Lancet*, 16 février 1895.
 210. THOMSON et WELSH. *Brit. méd. journal*, 1 avril 1899.
 211. TOULOUSE. *Gaz. des hôpitaux*, 24 août 1893, p. 909.
 212. TOULOUSE. et MARCHAND. *Soc. méd. des hôpitaux*, 23 juin 1899. p. 616.
 213. TOULOUSE et MARCHAND. *Ann. médico-psych.*, 1901, p. 303.
 214. TRAPET. *Arch. für Psychiatrie*, 1909, n^o 2, p. 716.
 215. TREMNER. *Neurol. Centralbl.*, 1909, p. 886.
 216. TURNBULL. *Jour. of ment. science*, octobre 1881.
 217. VOGT et FRANK. *Deuts. mediz. Wochenschr.*, 1905, n^o 20.
 218. VOISIN (J.), R. VOISIN et RENDU. *Soc. méd. des hôpitaux*, 13 juillet 1906.
 219. VRAIN. *Thèse de Paris*, 1887.
 220. WATSON. *Arch. of Neur from the Path. Labor. of the London County Asylums*, 1903, v. II.
 221. WESTPHAL. *Charité Annale*, 1893, Jahrg. 18.
 222. WEYGANDT. *Neurol. Centralbl.*, 1904, p. 372.
 223. WEYGANDT et ROUBINOVITCH. *Atlas-manuel de Psychiatrie*, Bailière, Paris, p. 475.
 224. WIGLESWORTH. *Jour. of ment. science*, juillet 1883.
 225. WIGLESWORTH. *Jour. of ment. science*, juillet 1893.
 226. WOLLBURG. *Thèse de Kiel*, 1906.
 227. WOLTAR. *Prager mediz. Wochenschr.*, 1905, p. 538.
 228. WORCESTER. *The Amer. jour. of insanity*, 1900.
 229. X. *Bartholomew Hospital Reports*, vol. XXXIV, 1898.
 230. ZADIK. *Thèse de Leipzig*, 1907.
 231. ZAPPERT. *Neurol. Centralbl.*, 1906, p. 331.
 232. ZAPPERT. *Wiener klin. Wochenschr.*, 1897, n^o 12.
-

